



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Perfil sociodemográfico y morbimortalidad de
pacientes con diagnóstico de preeclampsia y
antecedentes de violencia familiar atendidas en el
Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú 2016-2018**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Zoila Rosa MORENO GARRIDO

ASESOR

Dr. Sergio Gerardo RONCEROS MEDRANO

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Moreno Z. Perfil sociodemográfico y morbimortalidad de pacientes con diagnóstico de preeclampsia y antecedentes de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú 2016-2018 [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	https://orcid.org/0000-0001-6071-5241
DNI o pasaporte del autor	07033295
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0003-2117-2357
DNI o pasaporte del asesor	06060129
Grupo de investigación	RIDESA
Agencia financiadora	País de la agencia financiadora Nombre y siglas de la agencia financiadora Nombre del programa financiero Número de contrato
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lugar: Hospital Nacional Dos de Mayo Coordenadas geográficas 12°03'21"S 77°00'56"O
Disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

Vice Decanato de Investigación y Posgrado

SECCION DOCTORADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los diecisiete días, del mes de septiembre del año dos mil veinte, siendo las **3:00 pm.**, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del **Dr. JUAN PEDRO MATZUMURA KASANO**, y los Miembros del mismo:

- | | |
|---|-------------------|
| ➤ DR. MATZUMURA KASANO, JUAN PEDRO | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. FERNANDEZ GIUSTI, ALICIA JESUS | MIEMBRO |
| ➤ DR. PODESTÁ GAVILANO, LUÍS ENRIQUE | MIEMBRO |
| ➤ DR. RONCEROS MEDRANO, SERGIO GERARDO | ASESOR |

La postulante al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, es Magister *EN DOCENCIA E INVESTIGACION EN SALUD*, doña: **ZOILA ROSA MORENO GARRIDO**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA Y ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERÚ 2016-2018”**, para optar el grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **“B” MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **ZOILA ROSA MORENO GARRIDO**, el Grado Académico de **DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**.

Se expide la presente Acta en original y siendo las 4:14 pm. horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano

*Presidente del Jurado
de Sustentación*

Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti

*Miembro del Jurado
de Sustentación*

Dr. Luís Enrique Podestá Gavilano

*Miembro del Jurado
de Sustentación*

Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano

Asesor de la Tesis

Indice

Indice General.....	ii
Lista de Cuadros.....	iv
Agradecimientos.....	v
Acta de sustentación de tesis para optar el grado de Doctor.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática.....	01
1.2 Formulación del problema.....	03
1.3 Justificación del estudio.....	03
1.3.1 Justificación Teórica.....	03
1.3.2 Justificación práctica.....	03
1.3.3 Justificación legal.....	04
1.4 Objetivos de la investigación.....	04
1.4.1 Objetivo General.....	04
1.4.2 Objetivos Específicos.....	04

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Epistemológico de la investigación.....	06
2.2 Antecedentes de la investigación.....	07
2.3 Bases Teóricas.....	11

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2 Unidad de análisis.....	19
3.3 Población de estudio.....	19

3.4 Tamaño de la muestra.....	19
3.5 Técnica de recolección de datos.....	20
3.6 Análisis e interpretación de la información.....	21
3.7 Aspectos éticos.....	22
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Presentación de los resultados.....	23
4.2 Interpretación y discusión de los resultados.....	29
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	36
ANEXOS.....	41
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	42
Anexo 2: Evaluacion N° 028-2019-CEIB-HNDM.....	43
Anexo 3: Carta N° 540-2019-DG-HNDM.....	44

Lista de cuadros

Cuadro 1. Factores Sociodemográficos y de Conducta	26
Cuadro 2. Características Reproductivas.....	27
Cuadro 3. Morbilidad Materna extrema	28
Cuadro 4. Ingreso a UCI	29
Cuadro 5. Tipo de Violencia Familiar	29
Cuadro 6. Tiempo de Violencia Familiar.....	30
Cuadro 7. Edad gestacional al inicio de la Preeclampsia.....	31
Cuadro 8. Violencia durante la gestación.....	31
Cuadro 9. Tipo de parto.....	32

AGRADECIMIENTO

A MI MADRE Y HERMANOS

A MIS MAESTROS, POR SU APOYO PARA

LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE MEDICINA

Vice Decanato de Investigación y Posgrado

SECCION DOCTORADO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los diecisiete días, del mes de septiembre del año dos mil veinte, siendo las 3:00 pm., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del Dr. JUAN PEDRO MATSUMURA KASANO, y los Miembros del mismo:

- | | |
|--|-------------------|
| ➤ DR. MATSUMURA KASANO, JUAN PEDRO | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. FERNANDEZ GIUSTI, ALICIA JESUS | MIEMBRO |
| ➤ DR. PODESTÁ GAVILANO, LUÍS ENRIQUE | MIEMBRO |
| ➤ DR. RONCEROS MEDRANO, SERGIO GERARDO | ASESOR |

La postulante al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, es Magister *EN DOCENCIA E INVESTIGACION EN SALUD*, doña: ZOILA ROSA MORENO GARRIDO, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: *"PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PRECLAMPSIA Y ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERÚ 2016-2018"*, para optar el grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **"B" MUY BUENO 18 (DIECIOCHO)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister ZOILA ROSA MORENO GARRIDO, el Grado Académico de DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD.

Se expide la presente Acta en original y siendo las 4:14 pm. horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Juan Pedro Matsumura Kasano
Presidente del Jurado
de Sustentación

Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti
Miembro del Jurado
de Sustentación

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Miembro del Jurado
de Sustentación

Dr. Sergio Gerardo Ronceros Medrano
Asesor de la Tesis

Resumen

Objetivo: Determinar el perfil sociodemográfico y morbilidad en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedentes de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo de 2016 a 2018.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, de julio a diciembre 2019. Se realizó el análisis documental de las historias clínicas de 147 pacientes con diagnóstico de preeclampsia y que tenía antecedentes de violencia familiar, atendidas en el Hospital. Se utilizó una ficha de recolección de datos, validada por juicio de expertos. Los datos fueron organizados en una base de utilizando el programa estadístico SPSS versión 25.0. Se empleó estadística descriptiva.

Resultados: Pacientes con pre eclampsia y antecedente de violencia familiar presentan Morbilidad Materna Extrema elevada en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Pre eclampsia aparece tempranamente en pacientes con antecedente de violencia familiar. Morbilidad Materna extrema es alta en mujeres con pre eclampsia y antecedente de violencia familiar.

Conclusion: Las pacientes con antecedente de violencia familiar deben ser identificadas durante el control pre natal para aplicar medidas de prevención y manejo temprano de complicaciones como pre eclampsia.

Palabras Clave: Perfil sociodemográfico, morbilidad, pre eclampsia, violencia familiar Morbilidad materna extrema. (Fuente: DeCS BIREME)

Abstract

Objective: To determine the sociodemographic profile and morbidity and mortality in patients with a diagnosis of preeclampsia and a history of family violence seen in the National Hospital Dos de Mayo from 2016 to 2018

Methodology: A retrospective descriptive study carried out at the Dos de Mayo National Hospital, from July to December 2019. The documentary analysis of the medical records of 147 patients diagnosed with preeclampsia and who had a history of family violence, treated at the Hospital was performed. A data collection sheet was used, validated by expert judgment. The data was organized on a basis using the statistical program SPSS version 25.0. Descriptive statistics were used.

Results: The history of family violence increases the morbidity and mortality of patients with preeclampsia at the Dos de Mayo National Hospital. Preeclampsia appears early in patients with a history of family violence. Extreme maternal morbidity is high in cases of preeclampsia with a history of family violence.

Conclusions: Patients with a history of family violence should be identified during prenatal control to apply prevention measures and early management of complications such as preeclampsia.

Key words: Sociodemographic profile, morbidity and mortality, pre-eclampsia, family violence (Fuente: DeCS BIREME)

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

Pre-eclampsia es una complicación común del embarazo y una causa principal de morbilidad materna a nivel mundial y nacional. Es también una causa importante de parto pre término, retardo del crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal.

Pre eclampsia continúa siendo una causa importante de mortalidad materna, de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial (Martínez A. 2009)

Según datos de *Pre eclampsia Foundation* (2017) el 2-10% de los embarazos a nivel mundial, se ven complicados por pre eclampsia, constituye la principal causa de muerte materna, pudiendo causar parto prematuro, siendo responsable de 20% de admisiones a Unidades de cuidados intensivos neonatales.

Según Del Carpio (2014) en la actualidad, pre eclampsia es la segunda causa de causa de muerte materna en el Perú y se asocia a sus complicaciones, que incluye muerte perinatal.

El antecedente de violencia familiar constituye un factor de riesgo importante, pero poco estudiado como factor de riesgo para la presentación de complicaciones en el embarazo como preclamsia, la falta de identificación de este problema de salud pública, puede aumentar la morbilidad materna y perinatal.

Tenemos que considerar que preclamsia y Violencia Familiar son causa de muerte en las mujeres en nuestro país.

El Hospital Nacional Dos de Mayo atiende pacientes de la zona de Lima Cercado, La Victoria, zonas de alto riesgo social, una gran cantidad de las pacientes atendidas refieren como antecedente haber sufrido violencia antes o durante la gestación. (Datos registrados en las fichas de tamizaje del departamento de Gineco obstetricia, durante la atención pre natal 2016-2018).

Según la OMS, más de un tercio de las mujeres podrían ser víctimas de violencia durante sus vidas, en cualquier circunstancia, incluida su pareja.

Además, OMS establece que el tipo más común de violencia contra la mujer es la ejercida por su pareja.

También se sabe que la gestación no protege a la mujer de la violencia, pues en el mundo se conoce que un 7-10% de mujeres gestantes han sufrido violencia estando embarazadas (OMS 2013).

En 2009, un informe de OMS reportó que en el mundo más de 5% de mujeres embarazadas habían sufrido violencia, conociéndose que el 1% fue Japón y el 28% en Perú, en el área rural (OMS 2009)

De acuerdo a lo reportado por Saravia JC (2012) en el Perú, los estudios realizados en Perú demuestran que 28 de cada 100 mujeres embarazadas en zonas rurales han sufrido violencia física, siendo esta cifra la más alta a nivel mundial; mientras que en las zonas urbanas este porcentaje es alrededor de 15 por cada 100.

Según lo reportado por la Oficina de Epidemiología del Hospital Nacional Dos de Mayo, Preeclampsia es la primera causa de muerte materna en este hospital, mientras que Violencia familiar se da en un 7 a 10% de las gestantes o mujeres en edad reproductiva (Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental HNMD, 2016)

Por lo anteriormente descrito, consideramos importante conocer el perfil sociodemográfico y la morbilidad materna en mujeres con diagnóstico de pre eclampsia y antecedente de violencia familiar por ser este un problema de Salud Pública importante en el Perú, con gran repercusión en la salud de la madre y el niño, además de afectar enormemente la economía familiar y elevar los costos de atención en las entidades de salud.

Por lo antes expuesto, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico y morbilidad materna de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedentes de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo 2016-2018?

1.3 Justificación del estudio

1.3.1 Justificación Teórica.

Si bien en el Perú se han realizado estudios que muestran la asociación entre violencia y pre eclampsia, este estudio trató de establecer las características sociodemográficas de las mujeres con pre eclampsia que sufrieron violencia familiar, el tipo de violencia sufrida, el momento en que se diagnosticó pre eclampsia, violencia durante la gestación, así como la morbilidad materna extrema y mortalidad materna en estas mujeres.

No hay estudios en el Hospital Nacional Dos de Mayo actualizados que identifiquen las complicaciones durante el embarazo, de las mujeres que sufrieron violencia familiar en mujeres entre ellas pre eclampsia, así como su perfil sociodemográfico, morbilidad materna, de ahí la importancia de realizar este estudio.

El presente estudio puede aportar conocimiento nuevo al respecto.

1.3.2 Justificación Práctica

Los resultados de este estudio podrán tener importancia práctica en el desarrollo de intervenciones preventivas antes y durante la gestación, incentivando prácticas en las mujeres con antecedente de violencia, para prevenir pre

eclampsia o en todo caso diagnosticarla oportunamente, para así disminuir lo más posible el impacto de los resultados adversos en el embarazo (ej., retraso de crecimiento intraútero, parto pre término, óbito fetal, muerte neonatal, morbilidad materna extrema, muerte materna, entre otras). Asimismo, busca proponer estrategias para prevención e identificación oportuna de violencia en las pacientes atendidas en nuestra institución.

1.3.3 Justificación Legal

Como parte de los objetivos del Milenio, en el Perú se implementó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva el año 2004 y el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, ello implicaba realizar investigaciones para disminuir las muertes maternas y la morbilidad materna extrema. Esta investigación se basa en el sustento legal que forma parte de la mencionada estrategia, realizando investigaciones que aporten para lograr disminuir la frecuencia de pre eclampsia y de violencia familiar, que asociadas podrían aumentar el riesgo a complicar el embarazo y la vida de muchas mujeres en nuestro país.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar el perfil sociodemográfico y morbimortalidad en las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedentes de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo 2016-2018

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedente de violencia familiar tendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo 2016- 2018
- Determinar la morbimortalidad de pacientes con pre eclampsia y antecedente de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo 2016- 2018

- Establecer el tipo de violencia familiar de pacientes con diagnóstico de pre eclampsia atendidas en el hospital Nacional Dos de mayo 2016-2018
- Establecer el tiempo de violencia familiar en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia atendidas en el hospital Nacional Dos de mayo 2016-2018
- Conocer el momento de aparición de pre eclampsia en mujeres con antecedente de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2016- 2018

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Marco epistemológico de la investigación

La violencia contra la mujer no es un fenómeno nuevo.

Desde la época antigua la mujer se consideró inferior al hombre, aparentemente esto se origina en el patriarcado, convirtiéndose en una situación aceptada como normal en todas las sociedades. Ya en Grecia y Roma se consideraba que la mujer no tenía derechos, ni capacidad de tomar decisiones, siempre se subordinó al hombre en la familia.

Siempre se vio como normal que el hombre fuera el que tomara decisiones acerca de los asuntos referidos a la mujer, ya sea el padre, hermanos o esposo, pudiendo incluso golpearla como castigo.

Estas manifestaciones de violencia comunes en muchas las familias, han sido consideradas como normales, un hecho del cual nunca se permitía hablar, por considerarse privado.

Aunque a lo largo del tiempo pasó de ser una falta a ser un delito, es en la actualidad un problema de salud pública, que tiene una grave repercusión en la salud de la mujer y de la familia. **Páez Cuba, L.D (2011)**

“La violencia contra la mujer es invisibilidad en el Perú, porque la sociedad cree que la violencia de género pertenece al ámbito privado de la familia. Las víctimas de la violencia contra la mujer en el Perú, son responsabilizadas al considerarse que ellas se lo buscaron o porque ellas lo permiten al no dejar al perpetrador, cuando se trata de su pareja”. **(ENDES 2010).**

Si bien es cierto, ha habido algunos cambios, pero aún persiste la desigualdad y la agresión.

En cuanto a pre eclampsia, mil años antes que apareciera el término pre eclampsia, 400 años A.C. Hipócrates ya consideraba que el dolor de cabeza acompañado por pesadez y convulsión era grave. A pesar que ya se conocía acerca de la enfermedad, solo se manejaba con dietas, expurgación y sangría médica. No obstante, el avance de la ciencia, hasta fines del siglo XIX el manejo era casi el mismo.

No existe información que relacione violencia y pre eclampsia a través de la historia.

2.2 Antecedentes de la investigación

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Estefo A (2014) Chile, realizó un estudio descriptivo retrospectivo con 59 mujeres mujeres adscritas al Programa de violencia para describir el perfil de las mujeres que sufren violencia, encontró una prevalencia de violencia durante el embarazo de 28.8 %, siendo el agresor en la mayoría de los casos la pareja, la edad de la mujeres era de 15 a 29 años, concluyó que la identificación temprana de las embarazadas con riesgo de violencia permite realizar intervenciones oportunas para disminuir las consecuencias de la violencia sobre la mujer.

La revisión sistemática realizada por **Dos Santos R (2013)** encontró que la violencia sufrida por la mujer durante su embarazo está relacionada con problemas psicológicos como estrés y depresión post parto y en lo referido a su salud reproductiva, tiene relación con embarazos no deseados, preeclampsia, parto prematuro, concluye además que la violencia de género durante el embarazo, puede ser un factor de riesgo en su salud, así como en la de su hijo.

Armando Cepeda-Silva, * Francisco Morales-Carmona, ‡ María Consuelo Henales-Almaraz, § Sara Méndez-Cabello (2012) en su estudio “Violencia

familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”, en México, con una cohorte de 205 participantes, 125 sin violencia y 125 con violencia, concluyeron que la violencia familiar durante el embarazo incrementa la probabilidad de nacimientos de bajo peso, Óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

El artículo de revisión publicado por **González Pacheco y col. (2010)**, concluye que el 99% de las muertes materna ocurridas en el mundo se dan en países pobres, además de plantear que tanto la mortalidad materna como la violencia constituyen problema de salud pública, pre eclampsia, eclampsia podrían estar relacionados a violencia familiar, así como la hemorragia durante la gestación, pero aún no se conoce que proporción de la morbilidad y mortalidad materna se relaciona con violencia, dado que no obstante ser esta un problema de salud pública, no se establece como causa de morbilidad.

El estudio transversal realizado por **Collado S., Villanueva L. (2007)** México, con el objetivos de estimar la prevalencia de violencia familiar durante el embarazo y su efecto en los resultados obstétricos y perinatales, con una muestral de 288 mujeres atendidas en el servicio de obstetricia de un hospital estatal, obtuvo como resultado que la violencia antes y durante el embarazo es frecuente y está asociada a resultados adversos, siendo importante su identificación durante la atención en los servicios de ginecología y obstetricia, así como brindar a las pacientes apoyo médico y social.

Paredes –Solís S (2001) realizó un estudio transversal con 709 mujeres que habían tenido por lo menos un hijo en los últimos 3 años, aplicando un cuestionario, entre sus resultados encontró una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado transvaginal durante el embarazo, siendo su principal conclusión la asociación entre problemas obstétricos durante el embarazo y la violencia física.

Estela Arcos G. (1998), en un estudio longitudinal con una muestra de 131 mujeres gestantes, con y sin violencia, obtuvo como resultado que el Síndrome Hipertensivo del embarazo era mayor en mujeres con violencia.

La violencia contra la mujer en el embarazo de pre término ocurre en el 10.2% de los casos 28,29. Esto se acompaña de bajo peso del producto al nacimiento en el 10.9% 30,31. Efectos menos frecuentes son: riesgo de aborto 32, pre eclampsia, muerte fetal y materna 33,34, placenta previa y riesgo de que el recién nacido requiera ser atendido en un servicio de terapia intensiva.

Valdez R. (1993) realizó estudio exploratorio en México, con 110 usuarias de los servicios de Gineco obstetricia, identificó que en el 33% de los casos la pareja o padre del niño fue el agresor, además concluyó que la mujer que había sufrido violencia durante el embarazo tiene más complicaciones durante el parto y posparto que aquellas que no sufrieron violencia, La literatura contempla que una de cada cuatro mujeres sufre de violencia, **Galavís D (1981), Valdez R, Sanin L (1996), Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. (1996)** las mujeres que son víctimas de violencia tienen más probabilidad de sufrir abortos, enfermedad hipertensiva del embarazo, retardo del crecimiento intrauterino, recién nacidos de bajo peso, partos prematuros, muerte fetal y muertes maternas.

2.2.2. Antecedentes Nacionales

En el Perú, según la **ENDES (2019)** en el primer semestre del 2019, un 9,8% de las mujeres habían sufrido violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, encontrando un mayor porcentaje en el área rural (11,1%) que en el área urbana (9,5%).

Miriam Yoana Correa-López (2014), realizó estudio de casos y controles para identificar la relación entre la violencia durante el embarazo y las complicaciones maternas, con una muestral de 120 púérperas, 60 con antecedente de complicaciones maternas durante el embarazo y 60 sin complicaciones, en ambos grupos se aplicó una encuesta para identificar el antecedente de violencia, encontraron que el 73% de las mujeres que

presentaron complicaciones en el embarazo habían sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo.

Condor y Dominguez (2013) realizaron estudio descriptivo en Ica- Perú, que incluyó 130 pacientes, 65 con pre eclampsia y 65 sin ella, concluyendo que la probabilidad de desarrollar pre eclampsia es mayor en las mujeres que han sufrido estrés crónico, frente a aquellas que no lo han sufrido.

Ku Elia (2012) en su estudio “Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012”, concluyó que la presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), constituye un factor de riesgo dos veces mayor para desarrollar pre eclampsia.

El estudio caso control realizado por **Morales (2010)** en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao, con una muestra de 132 casos y 132 controles, concluyó que el antecedente de violencia física es uno de los factores que se asocia a pre eclampsia.

El estudio caso- control realizado por **Sánchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, García P, Williams MA (2008)**, concluyó que las mujeres que habían sido víctimas de violencia por el compañero sexual durante el embarazo tienen 2.74 más probabilidad de desarrollar pre eclampsia.

El Boletín estadístico 2015- 2016 del IMAPE detalla que el riesgo de desarrollar Preeclampsia en las pacientes atendidas en dicha institución aumenta hasta dos veces si la mujer sufre violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual).

Si bien los estudios revisados concluyen que puede existir asociación entre pre eclampsia entre violencia y pre eclampsia, no se ha establecido las complicaciones de pre eclampsia en las mujeres que tuvieron violencia.

El presente estudio trató de establecer la morbimortalidad materna y las características de las pacientes con pre eclampsia que tuvieron antecedente de violencia familiar.

2.3 Bases Teóricas

Pre eclampsia es un grave trastorno del embarazo y del puerperio, que se caracteriza por un incremento de la presión arterial y proteinuria, pudiendo haber o no edemas.

Se presenta por lo general pasadas las 20 semanas de embarazo, diferenciándose de la hipertensión crónica. Es más frecuente en las pacientes que no han tenido hijos, y generalmente remite al producirse el parto.

De acuerdo a **Bonilla (2008)**, la pre eclampsia se caracteriza por una elevación de la presión arterial además de proteinuria, después de las 20 semanas de embarazo, en mujeres que tenían presión arterial normal, que ocasiona graves consecuencias en el sistema nervioso central, hígado, corazón, riñones y también en los factores de coagulación.

La etiología de la pre eclampsia sigue siendo desconocida, sin embargo, existen factores asociados a la presentación de pre eclampsia, como hipertensión arterial crónica, diabetes, resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, incremento de la testosterona, antecedente de pre eclampsia, edades extremas de la madre, y las características raciales de la madre, encontrándose mayor frecuencia en mujeres afrodescendientes. Por ello es muy importante la prevención, para identificar estos factores y actuar tempranamente para su identificación temprana y así evitar daños a la madre y/o a su producto.

Se consideran factores de riesgo para pre eclampsia:

- a) Edad materna: Está establecido que pre eclampsia es más frecuente en pacientes que se embarazan antes de los años o después de los 35.
- b) Características raciales: Es más frecuente en mujeres de raza negra, por el antecedente de hipertensión crónica.

- c) Antecedente familiar de pre eclampsia: Suele presentarse con mayor frecuencia en mujeres cuya madre o hermanas padecieron este trastorno.
- d) También se cree que existe un factor genético que predispone a la paciente a padecer pre eclampsia.
- e) Antecedente de pre eclampsia: Las mujeres que tuvieron pre eclampsia en un embarazo anterior también tienen más riesgo de sufrir en el embarazo actual.
- f) Hipertensión arterial crónica: En los casos en que las mujeres sufren de hipertensión arterial suele agregarse pre eclampsia.
- g) También está demostrado que la obesidad pre gestacional es un factor de riesgo para pre eclampsia.
- h) La Diabetes mellitus: Las mujeres que padecen diabetes mellitus también tiene más riesgo de padecer pre eclampsia.
- i) Problemas renales crónicos también aumentan el riesgo de padecer pre eclampsia.
- j) También están relacionados a la presencia de pre eclampsia el síndrome antifosfolípido, Trombofilia, Dislipidemia que ocasionarían mayor estrés oxidativo y lesión endotelial.
- k) Las mujeres primigestas tienen mayor riesgo de pre eclampsia que las multíparas.
- l) También en el embarazo gemelar existe más riesgo aumentado de padecer pre eclampsia.
- m) Déficit de calcio y magnesio: Tanto el calcio y magnesio son factores importantes en esta patología, el equilibrio del calcio se afecta por la dilución en el volumen del líquido extracelular, también por hipercalcemia que se debe al incremento de la filtración glomerular durante el embarazo. Mientras que el magnesio es considerado elemento predisponente de la hipertensión, esto se debe a su función reguladora del calcio intracelular y de la conectividad nerviosa.
- o) La condición socioeconómica de la mujer es también un factor asociado a pre eclampsia, pues las mujeres de estratos bajos tendrán más dificultades para el acceso a los servicios de salud.
- p) Un control Prenatal inadecuado o insuficiente también está relacionado con pre eclampsia, ya que no sería posible identificar precozmente los signos y

síntomas de alarma, así como los factores de riesgo, para intervenir en la prevención a través de la educación.

- q) También se postula que ACTH producida en la hipófisis y en la placenta aumenta en mujeres sometidas a estrés crónico, esto ocasionaría que las glándulas suprarrenales incrementen la síntesis de cortisol, aumentando de la Presión Arterial, a su vez también actuaría a nivel placentario, pudiendo producir parto prematuro.

Violencia contra la mujer

Las **Naciones Unidas (2015)** definen la violencia contra la mujer como: “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Violencia física

Es toda acción que pueda ocasionar daños físicos a la mujer o afecte su salud. También se considera la falta de atención a sus necesidades físicas, y que sin importar cuánto dura su recuperación, como consecuencia de ello se hubiera ocasionado lesiones físicas a la mujer.

Violencia psicológica

Es cualquier acción que se realiza con el fin de controlar su conducta de una mujer o aislarla en contra de su voluntad, así como humillarla, manipularla, atemorizarla o avergonzarla, pudiendo con esto causarle daños emocionales o psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.

.

Violencia sexual

Es toda acción de naturaleza sexual que se comete en contra de una persona sin que esta lo consienta o bajo amenaza, esto Incluye actos que no involucran penetración o contacto físico algunos, así como la exposición a material

pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

Violencia Económica

“Es aquella acción u omisión, directa o indirecta, destinada a coaccionar la autonomía de una persona del grupo familiar, que cause o que pudiera ocasionar daño económico o patrimonial, o evadir obligaciones alimentarias, mediante la pérdida, transformación, sustracción o destrucción de bienes de la sociedad de gananciales o bienes propios de la víctima. Asimismo, mediante la limitación o suspensión en el ejercicio del derecho de propiedad sobre dichos bienes.

Lo anterior también puede consistir en la pérdida de utilidades de las actividades económicas familiares o en la obstaculización para el acceso a instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos.

Igual que en los otros tipos de violencia, su objeto es generar en la mujer dependencia y temor, afianzando así la primacía del varón jefe de familia, en un esquema de desigualdad de género que se perpetúa gracias a la violencia”.
(Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables)

Factores de riesgo: Según **OMS (2017)**, son factores de riesgo para violencia contra la mujer:

- Niveles educativos bajos, tanto de la víctima como del agresor
- Antecedente de maltrato infantil, tanto en el agresor como en la víctima.
- Haber padecido violencia familiar, tanto en el autor como la víctima.
- Personalidad antisocial (autores);
- Consumo de alcohol, tanto en el agresor como la víctima
- Tener más de una pareja o sospecha que existe infidelidad en la pareja (autores);
- Actitudes permisivas frente a la violencia (autores);
- Aceptar como norma social que el hombre tiene más derechos que la mujer
- Dependencia económica de la mujer, por falta de acceso a trabajos adecuadamente remunerados.

Según **WHO Global Consultation on Violence and Health (1998)** Mas de un tercio de las mujeres que han tenido pareja han sufrido maltratos físicos por parte de sus parejas, en alrededor de 15% y 52%. Alrededor del 50% de las muertes violentas de mujeres han sido consecuencia de la violencia basada en género representa la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo (**ISIS Internacional. Banco de datos Feminicidio, 2005**).

Una de las principales causas de muerte de mujeres en edad fértil es el feminicidio. Cada año mueren alrededor de mil mujeres a causa de la violencia ejercida por la pareja, además se conoce que 3 millones de mujeres son víctimas de violencia física, siendo el autor el marido o novio. Se conoce que alrededor del 20% de niñas y más de 5% de niños son abusados sexualmente por personas cercanas a su familia o por familiares.

También se sabe que el abuso sexual por parte de la pareja estará presente en por lo menos una de cada cuatro mujeres a lo largo de su vida.

(**World Health Organization, 2005**). La violencia sexual constituye un grave atentado contra los derechos humanos, y afecta de manera importante tanto la salud física como mental y emocional de la mujer. Sin embargo, ha sido poco tomada en cuenta y muchas veces los agresores no son sancionados. Ha costado mucho que sea incluida en los servicios de salud sexual y reproductiva, por ello es muy importante que se trabaje en su prevención y manejo adecuado de los casos.

Violencia física de la pareja durante el embarazo

Según (**ISIS Internacional. Banco de datos Feminicidio (2005)** ,15% de las mujeres embarazadas en Lima y el 28% en Cusco ha alguna vez sufrido violencia física en sus embarazos, habiendo recibido golpes de puño en el abdomen; además se estableció que el padre del niño era el agresor.

En América, y específicamente en Perú una mujer embarazada tiene gran riesgo de ser asesinada, casi siempre por su compañero sexual, siendo este riesgo mayor que el de morir por una complicación del embarazo.

De acuerdo a lo reportado por **Romitoa, P, Turanb, J M, De Marchic, M. (2005)** las mujeres que sufren violencia suelen presentar con mayor frecuencia trastornos de ansiedad, estrés postraumático, así como abuso de alcohol y drogas, además de intentos de suicidio.

Asimismo, la **Organización Mundial de la Salud (2005)** considera que las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia por parte de su compañero suelen tener más problemas de salud, como dolores, vértigos mareos y flujo vaginal, así como la percepción de que su salud es mala.

Según **Távora (2005)** la violencia ejercida por la pareja afecta mucho más la salud de la mujer, presentándose en ella todo tipo de síntomas físicos, que incluyen problemas ginecológicos. También considera como consecuencias de la violencia hacia la mujer el estrés post traumático, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Según **Romitoa, P, Turanb, J M, De Marchic, M, (2005)** las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen más probabilidades de sufrir un aborto provocado o espontáneo. Esto se debería a que el estrés eleva el cortisol. **Nepomnashy PA, et al (2006).**

Por su magnitud y la repercusión que está teniendo en la actualidad, La violencia contra la mujer se considera un problema de salud pública. Muchas mujeres en el Perú son víctimas de violencia.

La violencia durante el embarazo se asocia con aborto espontáneo, inicio tardío del Control pre natal, natimueertos, trabajo de parto y parto prematuro, traumatismos fetales, recién nacidos de bajo peso o pequeños para la edad gestacional. Además, también puede estar relacionado con muerte materna, aunque esta relación no se ha establecido **OMS (2015)**

Violencia durante la gestación

“La violencia durante el embarazo puede tener alcances mortales, tanto para la madre como para el feto, puede por ejemplo producir Desprendimiento

premature de Placenta, el cual puede llevar a la muerte del feto, parto prematuro, o recién nacido de bajo peso” **Pérez Sánchez (1999)**.

Violencia y Pre eclampsia

Existen en nuestro país estudios que han concluido que violencia durante el embarazo puede incrementar el riesgo de pre eclampsia, más no se ha estudiado las complicaciones maternas.

“La **Morbilidad Materna Extrema (MME)** es un estado en el cual la gestante casi muere durante su gestación, parto o puerperio, pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada, se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante definidos por la Organización” (OPS).

En Perú, la razón de morbilidad materna extrema es de 9,43 por mil nacimientos, con índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4; la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante (42,2 %), seguida por la hemorragia puerperal (17,5 %). Los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema son mujeres mayores de 35 años, bajo nivel de instrucción, multiparidad, control prenatal o adecuado y tiempo entre una gestación y la siguiente mayor a 5 años o menor de dos años.

Mortalidad Materna

Clásicamente se define la mortalidad materna como la ocurrida en el "embarazo, parto y puerperio hasta 6 semanas postparto" o bien como "La mortalidad materna de causa directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio" (Ejemplo de causa indirecta, el suicidio en una gestante). La Organización Mundial de la Salud (OMS) extiende este período hasta un año posparto.

Según la Oficina General de Epidemiología del Minsa, conocer la magnitud de la mortalidad materna, sus causas y factores asociados, es un aspecto fundamental para orientar las políticas sociales, definir las acciones en salud pública y monitorear los progresos de las acciones para lograr una maternidad segura.

Perfil Sociodemográfico

El Perfil sociodemográfico de una población es la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de pacientes estudiadas, tales como: nivel de instrucción, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, nivel socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, edad, que podrían estar asociados a la aparición de violencia y pre eclampsia, y también aumentar las cifras de morbi-mortalidad materna.

HIPOTESIS Y VARIABLES**Hipótesis:**

Por ser un estudio descriptivo, no se requirió plantear hipótesis.

VARIABLES

Dependiente: gestante con pre eclampsia y antecedente de violencia

Independiente: muerte materna, morbilidad materna extrema,

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

Se realizó un estudio descriptivo, Observacional, Retrospectivo, el diseño fue no experimental.

3.2 Unidad de análisis

Historia Clínica de paciente con diagnóstico de pre eclampsia y antecedente de violencia familiar atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante 2016- 2018.

3.3 Población de estudio

Pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante 2016- 2018.

3.4 Tamaño de la muestra censal

Para el estudio se consideraron todas las historias clínicas de las pacientes que desarrollaron pre eclampsia y que tuvieron el antecedente de violencia, que se hospitalizaron por esta complicación durante el embarazo o por trabajo de parto durante el periodo 2016- 2018, un total de 147 historias clínicas.

Criterios de inclusión:

Historia clínica de pacientes con diagnostico de pre eclampsia y que tuvieron el antecedente de violencia, identificado por la Ficha de tamizaje de violencia

Basada en género que se encuentra en la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género con R. M. N° 141-2007, validada por el Ministerio de Salud en el 2007, que evaluó los tres tipos de violencia, es decir la psicológica, la física y la sexual atendidas el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2016- 2018.

Criterios de exclusión

Historia clínica de Mujeres en las que no estaba claro el diagnóstico de Preeclampsia

Historia clínica de Mujeres con pre eclampsia sin ficha de Tamizaje de Violencia Familiar

Historias Clínicas con datos incompletos.

3.5 Técnica de recolección de datos

La técnica empleada fue la revisión documental de todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedente de violencia familiar custodiadas en el archivo de la Oficina de Estadística del Hospital Nacional Dos de Mayo.

El instrumento utilizado fue una Ficha de Recolección de datos especialmente diseñada para el estudio y que se validó por Juicio de expertos.

Esta ficha consta de: datos sociodemográficos, antecedentes, factores de riesgo para pre eclampsia, características clínicas al ingreso, Presión Arterial al ingreso, exámenes de laboratorio al ingreso, morbilidad materna, tipo de parto, datos acerca de violencia Familiar.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización a la institución, a través de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación.

Una vez obtenida la autorización se solicitó las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pre eclampsia, al archivo de historias clínicas de la institución.

Los datos referidos a la patología en estudio fueron vaciados en la ficha de recolección de datos.

La información obtenida fue ingresada a una base de datos. Los datos fueron almacenados en los archivos de una computadora personal y se les asignó un código, sin ningún identificador personal. Esta computadora usada para el análisis de los datos fue manejada únicamente por la investigadora y con códigos secreto.

3.6 Análisis e interpretación de la información

La información recogida fue ingresada en una base de datos procesada con el software SPSS versión 25.0 en español; se realizó análisis invariado (cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión).

Fortalezas del estudio

La inclusión de Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de pre eclampsia y la ficha de Tamizaje de Violencia Familiar del MINSA.

Debilidades del estudio

Al ser un estudio retrospectivo, la cantidad de errores en el llenado de datos de la historia clínica, disminuyó la cantidad de casos.

Limitaciones del estudio

- a) La información obtenida de las historias clínicas, por ser un estudio retrospectivo, puede tener deficiencias u omisiones.
- b) Las Historias Clínicas con datos incompletos o no claros, disminuyó nuestra muestra.

3.7 Aspectos éticos

El protocolo fue sometido a la Evaluación del Comité de Etica en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo. No existieron riesgos por participar en el estudio, dado que se trabajó con las historias clínicas de las pacientes, no se realizó ningún procedimiento. Las historias clínicas de las pacientes que reunían los criterios de inclusión, fueron revisadas y la información se trasladó a las fichas de recolección de datos.

No se requirió consentimiento informado.

Se revisó la historia clínica de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia que tenían ficha de Tamizaje de Violencia para fines del estudio y se registró la información encontrada en ellas, no se identificó a ninguna paciente.

La investigadora firmó la declaración de confidencialidad, comprometiéndose a no divulgar ningún dato a los que tuviera acceso, al revisar las historias clínicas de las pacientes.

Las fichas de recolección de datos no llevan el nombre de las pacientes, solo un código, para el estudio. No se colocó ningún dato que pudiera identificar a las pacientes con diagnóstico de preeclampsia y antecedente de violencia.

El archivo con los nombres y número de identificación ha sido guardado especialmente de una manera segura. Ningún caso individual será reportado o sumariado en publicaciones.

La información recolectada en esta investigación será destruida un año después de la sustentación de la tesis.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Se estudió una muestra de 147 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia, que tenían el antecedente de violencia familiar, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Durante el periodo 2016-2018.

Perfil sociodemográfico

Cuando se analizó el perfil sociodemográfico de las pacientes, se encontró que 76 (51,7%) eran del grupo adultas jóvenes, 65 (44,2%) adultas y 6 (4,8 %) pertenecían al grupo de adolescentes. La mayoría 117 (79,59%) eran convivientes, 28 (19,04%) eran solteras, mientras solo 2 (0,9) era casadas.

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría tenía estudios de nivel secundaria, el 72 (48,9%) los concluyó, mientras el 47 (32,9%) tenía secundaria incompleta, 2 pacientes (5,8%), habían concluido estudios técnicos, 10 (6,8%) tuvo primaria incompleta, 15 (10,2) primaria completa, 2 (0,9%) tiene un registro de ninguna instrucción.

Con respecto a la ocupación, el 145 (98,63%) era ama de casa, mientras solo 2 (1,36%) realizaban algún tipo de actividad económica.

La mayoría de las pacientes procedían del cercado de Lima y La Victoria. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. *Factores Sociodemográficos y de Conducta*

Características	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Edad Materna (años)			
<18	6	4,8	4,8
18-29	76	51,7	56,5
30-49	65	44,2	100,0
Total	147	100,0	
Estado Civil			
Casada	2	1,36	1,36
Conviviente	117	79,59	80,95
Soltera	28	19,04	100,0
Total	147	100,0	
Educación Materna			
Ningún Nivel	2	1,36	1,36
Primaria Incompleta	10	6,80	8,16
Primaria Completa	15	10,2	18,36
Secundaria Incompleta	47	31,9	50,26
Secundaria completa	72	48,9	99,16
Superior Técnico	1	0,6	100,0
Total	147	100,0	
Ocupación			
Ama de casa	145	98,6	98,6
Trabaja	2	1,6	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Características Reproductivas

Cuando se analizó las características sexuales y reproductivas, encontramos que el 25,7% (37) tenían de 1 hijo, 23,8 (35) tenía más de 2 hijos, solo un 35% (52) tenían 3 hijos, el 12,2% (18) tenía 4 hijos, el 65,9% (97) no había planificado el embarazo actual frente a un 32% (48) que si lo hizo. Asimismo, encontramos que un 30,6% (45) no usaba ningún método anticonceptivo, un 34,01 % usaba métodos de barrera (condón), el 27 % (40) 2,04% (3) implantes, 1,36 (2) DIU y 3,4% (4) optaron por métodos definitivos, 17(11,5) pacientes tuvieron pre eclampsia en el embarazo anterior, mientras que 130 (88,43) no tuvieron este antecedente. Con respecto al

Control Pre Natal, la mayoría 105 (71.4) tuvieron control pre natal suficiente, 25 (17%) insuficiente y 7(4,76%) pacientes no se controlaron el embarazo. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Características Reproductivas

Características	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Número de hijos			
1	37	25,17	25,17
2	35	23,8	49,7
3	52	35,3	85,01
4	18	12,2	97,2
5	1	0,6	97,8
6 y mas	4	2,72	100,0
Total	147	100,0	
Planificación del Embarazo			
Si	49	32,6	33,3
No	98	66,6	100,0
Total	147	100,0	
Uso de Anticonceptivos			
Ninguno	45	30,6	30,6
Condón	50	34,01	64,6
Anticonceptivos Orales	5	3,4	68,0
Anticonceptivos inyectables	38	25,8	93,80
Implantes	3	2,0	95,84
DIU	1	0,0	96,44
AQV	5	3,4	100,0
Total	147	100,0	
Antecedente de Pre eclampsia			
Si	17	11,56	11,58
No	130	88,43	100,0
Total	147	100,0	
Control Pre natal			
Suficiente	105	71,4	71,4
Insuficiente	35	23,8	95,2
Sin CPN	7	4,76	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Morbilidad Materna Extrema (MME)

La principal causa de MME en el periodo 2016-2018 fue pre eclampsia severa y sus complicaciones. Un total de 46 pacientes, (22,11%) de las pacientes con pre eclampsia tuvieron Morbilidad Materna Extrema. Las causas de MME en las mujeres con antecedente de violencia, fueron eclampsia 10, Anemia severa 10, Síndrome Hellp 8, daño hepático 6, DPP 8. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Morbilidad Materna Extrema

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Eclampsia	10	4,8	4,8
Anemia Severa	10	4,8	9,6
Sind. Hellp	8	3,8	13,4
Daño Hepático	6	1,9	15,3
DPP	8	3,8	19,1
Atonía Uterina	2	1,3	20,4
Hipertensión Endocraneana	1	0,6	21,0
Hemorragia Cerebral	1	0,6	21,6
Total	46		

Fuente: Elaboración propia

Ingreso a UCI

Del total de Historias clínicas revisadas, se encontró que 33 casos de las pacientes con complicaciones de pre eclampsia ingresaron a la UCI. El promedio de estancia en la UCI fue de 3.5 días. Cuadro 4

Cuadro 4. Ingreso a UCI

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	33	22,4	22,4
No	134	77,5	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Mortalidad Materna

Durante el periodo de estudio se produjeron 5 muertes maternas, todas por complicaciones de pre eclampsia, en tres de ellas las pacientes tenían como antecedente el haber sufrido algún tipo de violencia, según la ficha de tamizaje de violencia en la historia clínica. La mortalidad materna por esta causa fue de 1,8 (No mostrado en tablas)

Tipo de violencia familiar

En cuanto al tipo de violencia sufrida por las pacientes, encontramos que el tipo más frecuente fue la violencia psicológica (86), seguida de la violencia física (52) y económica (9). Cuadro 5

Cuadro 5. Tipo de Violencia Familiar

Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Psicológica	86	58,5	58,5
Física	52	35,3	93,8
Económica	9	6,1	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tiempo de violencia familiar

Cuando se analizó la variable tiempo de violencia sufrida, encontramos que el 54,2% (80) sufría 12 meses, un 26,5 % (39) 24 meses y el 17,7% (26) 48 meses. (Ver Cuadro 6)

Cuadro 6. Tiempo de Violencia Familiar

Tiempo de violencia (meses)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
12	80	54,4	54,4
24	39	26,5	81,
36	26	17,7	98,6
48	1	,7	99,3
60	1	,7	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Edad gestacional al inicio de la pre eclampsia

En cuanto al momento de aparición de la pre eclampsia en las pacientes con antecedente de violencia familiar, un 26,5% (39) se presentó entre las 31 y 33

semanas, un 32,6 % (48) entre las 34 y 36 sem, 17,0 % (25) entre las 28 y 30 semanas, 2,1% entre las 25 y 27 sem y el 21,7% (32) después de las 37 semanas, notándose que el mayor porcentaje se encuentra entre las 28 y 33 semanas de gestación. Cuadro 7

Cuadro 7. Edad gestacional al inicio de la Pre eclampsia

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
25-27	3	2,1	2,1
28-30	25	17,0	19,1
31-33	39	26,5	45,6
34-36	48	32,6	78,2
37 y más	32	21,7	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Relación con el agresor

En el 100% de pacientes con pre eclampsia que refirieron haber sufrido algún tipo de violencia, el agresor fue la pareja, (No mostrado en tablas)

Violencia durante la gestación

Del total de pacientes con pre eclampsia, 116 (78,9%) habían sufrido algún tipo de violencia durante la gestación, mientras que 31 (21,08) no la habían sufrido. Cuadro 8

Cuadro 8. Violencia durante la gestación

Violencia gestación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	116	78,9	78,9
No	31	21,8	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tipo de Parto

La vía de culminación del embarazo fue en su mayoría cesárea 121 (82%), mientras que por vía vaginal fueron 26 (17,6). Las cesáreas fueron de emergencia, por las complicaciones de pre eclampsia (pre eclampsia severa) Cuadro 9

Cuadro 9. Tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Vaginal	26	17,6	17,6
Cesárea	121	82,3	100,0
Total	147	100,0	

Fuente: Elaboración propia

4.2 Interpretación y discusión de los resultados

Este estudio trató de determinar la morbilidad y mortalidad materna en pacientes con pre eclampsia que tuvieron el antecedente de violencia familiar, así como sus características sociodemográficas, el tipo de violencia sufrida y el tiempo de violencia, además del momento de inicio de pre eclampsia en las mujeres que habían sufrido violencia.

La edad promedio de las pacientes fue de 25 años, es decir adultas jóvenes, datos semejantes a los obtenidos por **Torres et al (2018)**, quien encontró que el promedio de edad de las pacientes participantes en su estudio fue 27 años.

En cuanto al estado civil, nuestros datos difieren de lo descrito por la **ENDES 2019**, según la cual la mayoría de las mujeres que sufren violencia son separadas o divorciadas, con nivel primaria, en nuestro estudio vemos que casi el 100% de las pacientes eran convivientes y que el mayor porcentaje de pacientes tienen nivel de instrucción secundaria completa o incompleta.

El hecho de dedicarse casi en un 100% solo a tareas del hogar, y aparentemente no aportar a la economía del mismo, colocaría a nuestras pacientes en una situación de

dependencia económica, haciéndolas más vulnerables a sufrir violencia, pues no tienen opciones de generar ingresos por sí mismas.

El embarazo no planificado es una condición presente cuando existe violencia, pues las mujeres que sufren algún tipo de violencia no usan métodos anticonceptivos o usan métodos poco seguros, por temor a la pareja, tal como lo demuestran diversos estudios (**Casique L 2006**), (**C. Pallitt, Patricia O'Campo 2006**) (**Ulla Larsen 2008**), en nuestro estudio notamos que las pacientes con violencia, en un 53,2% eligieron métodos inseguros o ningún método, lo cual las expuso a embarazos no planificados, que como vemos en los resultados, fueron la mayoría. **Rodríguez M, Heilemann M, y cols. (2008)** reportan que las mujeres que toleran abuso a lo largo del embarazo, fueron maltratadas el año anterior a la concepción, y tienen tres veces más de posibilidades de homicidio o intento, son más vulnerables a tener embarazos no deseados y están más en peligro de sufrir complicaciones, este dato coincide con lo encontrado en nuestro estudio; sin embargo, el estudio realizado por **Cervantes (2006)**, concluyó que el 57,8 % de la muestra de mujeres que sufrían violencia por parte de la pareja habían planificado su embarazo.

Durante el periodo 2016-2018 la incidencia de pre eclampsia fue de 2.29, eclampsia tuvo una prevalencia de 0.09, valores que se asemejan a los estudios publicados.

La violencia antes y durante la gestación en nuestro estudio tuvo una prevalencia de 1.59%, **Doubova-Dubova SV et al (2007)** describen una prevalencia entre el 1-7% Farid M, et al (2008) describe que ocurre con mayor prevalencia en países en desarrollo.

Se encontró 46 casos de morbilidad materna extrema por pre eclampsia, 33 pacientes requirieron ser ingresadas a UCI, de las cuales fallecieron 3 por pre eclampsia. No existen estudios referentes a morbilidad materna extrema y/o mortalidad cuando hubo el antecedente de violencia durante la gestación.

El estudio realizado por **Saravia (2012)** encontró que en el 48% de las participantes la violencia había sido ejercida por la pareja; OMS (2009) describe que el agresor de la mujer embarazada es el padre de su hijo en la mayoría de los casos, en el presente

estudio el agresor en el 100% de los casos fue la pareja, encontrando además que estas mujeres han tenido complicaciones severas en su parto, es posible que el 100% hallado esté en relación a que las pacientes viven con la pareja, sin otros familiares.

El estudio realizado por **González, Pacheco y col. (2010)**, concluye que pre eclampsia, eclampsia podrían estar relacionados a violencia familiar, así como la hemorragia durante la gestación, pero aún no se conoce que proporción de la morbilidad y mortalidad materna se relaciona con violencia, dado que no obstante ser esta un problema de salud pública, no se establece como causa de morbilidad o muerte materna, aun conociéndose por investigaciones que complica los embarazos; en el presente estudio encontramos que en la mayoría de las historias clínicas de las pacientes con pre eclampsia y antecedente de violencia la morbilidad materna extrema es elevada, y en cuanto a mortalidad materna, de los 5 casos de muerte materna que hubo en este periodo 3 fueron consecuencia de complicaciones de la pre eclampsia y además tuvieron el antecedente de violencia familiar.

Todos los casos de pre eclampsia de nuestro estudio habían tenido algún antecedente de violencia entre 12 meses a 60 meses e incluso durante su embarazo, el estudio realizado por Sánchez y col, encontró que las mujeres que sufrieron violencia física o emocional en el embarazo tuvieron 2,4 veces más riesgo de pre eclampsia (IC95%: 1,7-3,3), Sánchez, sin embargo, no trató las complicaciones de la pre eclampsia con antecedente de violencia.

El estudio realizado por **Morales (2010)** en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión encontró asociación entre el antecedente de violencia física 23 (OR: 1,32; IC95%: 1,19-4,8) y pre eclampsia con la enfermedad hipertensiva del embarazo en adolescentes, en este estudio, la violencia psicológica estuvo presente en las pacientes con pre eclampsia, y en menor proporción violencia física, en nuestro estudio sin embargo no se buscó hallar la asociación, buscamos conocer la morbilidad materna extrema y mortalidad materna en pre eclampsia cuando hubo violencia, así como el tiempo de violencia durante la gestación, ingreso a UCI, momento de inicio de pre eclampsia, información que no se vio en los otros estudios.

En los estudios revisados se encontró que el riesgo de padecer pre eclampsia aumenta en los casos de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, sin embargo, no se estableció el momento de aparición de la pre eclampsia.

La mayor cantidad de casos de violencia psicológica en nuestro estudio coincide con el estudio publicado por **Castro y Ruiz (2004)** que demuestra que la violencia psicológica era mayor que la física, asimismo **Muñoz P. (2009)** y **Elia Ku, (2014)** en sus estudios realizados concluyeron que la violencia resultó ser un factor de riesgo para desarrollar pre eclampsia, nuestro estudio analizó la morbilidad materna extrema y mortalidad de las pacientes con pre eclampsia y violencia.

Según lo reportado por la ENDES 2018, durante el año 2018, el 65,9% de mujeres de 15 a 49 años había sufrido algún tipo de violencia por parte de su compañero o esposo, en nuestro estudio encontramos que la pareja fue el perpetrador de la violencia en el 100% de las historias revisadas.

El estudio realizado por **OMS (2014)** obtiene como resultado que el Perú es uno de los países donde se observa más violencia contra la mujer durante el embarazo, pero en el ámbito provincial; sin embargo, en nuestro estudio vemos que la mujer sufrió violencia estando embarazada, en un ámbito urbano, según este mismo estudio, las pacientes que han sufrido violencia durante la gestación tienen menos frecuencia en el control pre natal, o lo inician tarde, en nuestra investigación se encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron control prenatal suficiente, es decir completo, esto podría tener relación con el hecho de que el Seguro Integral de Salud, cubre las atenciones al 100% y abarca a las pacientes de acuerdo a la ubicación domiciliaria de las pacientes, con lo cual el acceso geográfico y económico podrían haber incidido en esto.

Observamos sin embargo que el control pre natal no obstante haber sido en su mayoría suficiente, no ha identificado adecuadamente la presencia de violencia en estas pacientes cuyas complicaciones en relación a pre eclampsia han sido evidentes.

Los resultados de este estudio coinciden con lo hallado en otros estudios, **Estefo y col. (2014)**, **Cuevas y col. (2006)**, en los que la mayoría de las pacientes refirieron haber sufrido violencia por parte de sus parejas en el embarazo actual, solo el estudio

realizado por Campbell J, (2004) menciona datos según los cuales aparentemente las mujeres declaran que durante el embarazo la violencia disminuye, en nuestro estudio vemos que el embarazo no protege a la mujer de la violencia.

El inicio temprano de pre eclampsia es una condición que agrava su pronóstico, tanto para la madre como para el niño, de ahí la importancia de su identificación temprana, para evitar o disminuir mayores daños. En este grupo estudiado, se encontró que pre eclampsia se inició tempranamente en la mayoría de las pacientes que habían sufrido violencia, de ahí la mayor presencia de morbilidad materna extrema, como Síndrome hellp, Violencia Familiar es un problema de Salud Pública que a lo largo del tiempo se ha ido haciendo más frecuente y hasta cierto punto más natural, que como vemos en nuestro estudio, también afecta a la mujer en la gestación, pudiendo agravar condiciones como pre eclampsia, que tiene una repercusión negativa y pone en riesgo la vida de muchas mujeres en el Perú. Aunque los estudios realizados que clasifican los factores de riesgo para pre eclampsia, no incluyen los factores psicosociales como violencia, hay estudios en los que se ha encontrado esta asociación, como **Muñoz (2009) y Ku (2014).**

Es importante resaltar las limitaciones de este estudio, entre ellas el hecho de ser retrospectivo, pues la información primaria fue tomada por personas diferentes al investigador, datos incompletos que disminuyeron la muestra, además la ficha de tamizaje de violencia que se usa en nuestros establecimientos no permite ahondar la información, de ahí que algunos datos que deberían ser más exhaustivos no pudieron recogerse, es posible que algunos datos no hayan sido reportados por algunas pacientes, pues es información sensible que muchas veces incomoda o resulta doloroso compartir; sin embargo, se ha recolectado información valiosa que puede servir de punto de partida para realizar estudios que permitan ahondar en este tema y visibilizar a la violencia como una causa indirecta de morbimortalidad materna, con lo cual se podría proponer estrategias para su identificación temprana.

CONCLUSIONES

Las pacientes con pre eclampsia y antecedente de violencia familiar atendidas en el Hospital Nacional Dos de mayo son en su mayoría adultas jóvenes, convivientes, y amas de casa. La procedencia en su mayoría es Lima Cercado y la Victoria.

Morbilidad Materna Extrema es elevada en los casos de pre eclampsia con antecedente de violencia familiar. La frecuencia de complicaciones graves, así como el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos es mayor en las pacientes con pre eclampsia si existe el antecedente de violencia familiar.

El tipo de violencia familiar más frecuente en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia atendidas en el hospital Nacional Dos de mayo es la violencia psicológica, seguida de la violencia física y económica.

Un porcentaje elevado de pacientes con pre eclampsia ha sufrido violencia también durante su embarazo, indicador que nos muestra que el embarazo no evita la violencia contra la mujer.

RECOMENDACIONES

Conocer el perfil sociodemográfico de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y antecedente de violencia familiar nos permite plantear acciones de prevención, desde un adecuado control pre natal que permita su identificación temprana para prevenir o detectar tempranamente pre eclampsia, y realizar intervenciones destinadas a evitar mayores daños.

Consiguar en la historia clínica perinatal información sobre violencia durante el control prenatal es importante para la identificación oportuna de casos de violencia

que permita establecer un plan para referir oportunamente a las pacientes y así evitar las complicaciones y la morbilidad asociada a esta patología.

Sensibilizar al personal de salud para que pueda realizar la identificación de casos de violencia en las gestantes que acuden a los servicios de salud y actúe en función a ello, entendiendo que se trata de un problema de salud pública y no solo un problema personal, para que no actúen con indiferencia.

Realizar un adecuado seguimiento y/o acompañamiento a estas pacientes, con el fin de incentivar en ellas prácticas de autocuidado que ayuden a poder identificar señales de alarma tempranamente.

Diseñar investigaciones que permitan establecer fehacientemente si existe una relación entre violencia y pre eclampsia, a fin de orientar a un manejo integral de pacientes para identificar tempranamente este antecedente y actuar en el nivel preventivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arcos E.**, Uarac M., Molina I. Repossi A. Ulloa M. (2001). Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal Rev. méd. Chile v.129 n.12 Santiago dic. 2001
- Boletín** Epidemiológico volumen N° 6 - 2017. MINSA –Oficina de epidemiología y Salud Ambiental.
- Campbell J.**, Garcia-Moreno C., Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 10:770–789.
- Casique L**, Furegato RFA. (2006). La violencia contra las mujeres: reflexiones teóricas. Rev. Latino americana de enfermería. nov. – Dic. Se puede encontrar en: [www.eerp.usp.br / RLAE](http://www.eerp.usp.br/RLAE)
- Cepeda-Silva**, A. Morales-Carmona F., Henales-Almaraz M., Méndez-Cabello S. (2011). Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo Abril-Junio, 2011 Volumen 25, Número 2 pp 81-87.
- Cervantes-Sánchez P.**, Delgado-Quñones E., Nuño-Donlucas M., Sahagún-Cuevas M., Hernández-Calderón J., Ramírez-Ramos J. (2016). Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 54(3):286-91
- Collado S.**, Villanueva L. (2007). Relación entre la Violencia Familiar durante el Embarazo y riesgo de complicaciones maternas. Rev. Ginecología y Obstetricia Mex.

- Ciantar E, W. JJ.** (2011). Pre-eclampsia, severe pre-eclampsia and hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome: ¿what is new? *Womens Health (Lon Engl)*. Sep; 7(5):555-69.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L.** (1999). Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 93:661-666
- Correa-Lopez M** Complicaciones maternas asociadas a la violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo en el Hospital de Vitarte, Lima-Perú Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lima, Revista Internacional de Salud Materno Fetal Perú Vol 4. Num 4.
- Cuevas S., Blanco J., Juárez C., Palma O., Valdez- Santiago R.** (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública Méx* vol.48 supl.2 Cuernavaca ene.
- De la Caridad M.** (2014). Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Rev cubana Obstet Ginecol*. 40 (2).
- Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud.** (2013). Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012.
- Dos Santos R.,** (2013). Violencia durante el embarazo: consecuencias maternas, fetales y neonatales. Una revisión sistemática de la literatura. *Salud Andina*. Vol.2 Núm 2
- Dubova-Dubova SV, Pámanes GV, Billings DL, Torres AL.** (2007). Partner violence against pregnant women in Mexico City. *Rev Saude Publica* 41:582-90
- Estefó S., Mendoza-Parra S., Sáez K.** (2014). Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Rev Chil. Obstet et Ginecol* 79(5): 396 – 407

Farid M, Saleem S, Karim MS, Hatcher J. (2008). Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet* 101:141-5

Galavís D. (1981). *Mujer, Medicina y Sociedad*. Primera edición. Caracas: Cronotip.

González-Pacheco I., Romero-Pérez I., Sámano-Sámano R., Torres Cosme J., II Sánchez-Miranda G., Chávez-Courtois M. (2010). Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. Artículo de revisión. Enero- marzo, 2010 Volumen 24, Número 1 pp 60-66

Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Información para la red 2013. Instituto de Gestión de Servicios de Salud - Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Estadístico 2015 – 2016. MINSA

ISIS Internacional. Banco de datos (2005). Feminicidio. La violencia contra la mujer: feminicidio en el Perú. Octubre 2005. Fecha de acceso: 19 de mayo de 2006. URL disponible en: [http:// www. Isis.cl/Feminicidio/ doc/ documentos per %Fa.doc](http://www.Isis.cl/Feminicidio/doc/documentos/per%Fa.doc)

Ku E. (2014) Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología* 2014 18 (1), 1-7

Morales Ruiz C. (2011). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio 2010. *Rev. Per. Epidem. Perú* 15(1): 1-5

World Health Organization (2016). Mortalidad Materna. Fact Sheet, September

Nepomnashy PA, Welch KB, McConnel DS, Low BS, Strassmann BI, England B. (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proceedings National Academy of Science USA*; 103; 10:3938-3942

Páez, L.D.: (2011). *Génesis y evolución histórica de la violencia de género*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, febrero. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/11/

Pallitt Christina C., O'Campo Patricia. Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia International Family Planning Perspectives, 2006, 30(4):165–173.

Paredes-Solís et al Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México Salud pública Méx vol.47 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2005 Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (2): 81-87

Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. Nov; 122(5):1122-31

Rodríguez M, Heilmann M, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione C. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. Annals of Family Medicine*www.annfammed.org*vol.6, no.1 *january/February.

Romitoa, P, Turanb, J M, De Marchic, M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Social Science & Medicine 2005; 60:1717 -1727

Sánchez SE et al (2008). Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Mar;137 (1):50-5

Távora, L, (2006). Sexual Violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. (20) 5:1-14. Article in press

- Torres M.,** Vega E, Vinalay I., Cortaza L., Alfonso L. (2018). Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enferm. Univ* vol.15 no.3 México jul. /sep. 2018
- Ulla** Larsen, Corrine M. Williams, Laura A. McCloskey. (2008). La violencia infligida por la pareja y el uso de anticonceptivos de las mujeres; *Violencia contra la Mujer* Vol14 n12 diciembre, EEUU 2008
- Valdez R,** Sanin L. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Páb Mex* 38:352-362.
- Whittembury A.** (2006). El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país. Capítulo 16. Peru.
- WHO Global Consultation on Violence and Health.** (1996). Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2)
- World Health Organization.** (2005). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Genova.

ANEXOS

Anexo N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA Y ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA- PERU. 2016-2018.

Código de participante:

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: Años 2. Características raciales: 3. Estado civil
4. Nivel de educación: 5. Ocupación: 6. Lugar de procedencia.....
7. Distrito de residencia:
8. Paridad: Primipara Multipara
9. G... P...../...../...../.....
10. Número de CPN: ...
11. EG al inicio del control:.... 12. EG cuando se identificó preeclampsia.....
13. EG al momento del parto.....
14. Antecedentes personales de parto preeclampsia Si () No ()
15. Hipertensión arterial crónica Si () No ()
16. Antecedentes familiares de preeclampsia Si () No ()
17. Diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación Si () No ()
18. Consumo de hábitos nocivos Alcohol .. Cigarro... Drogas Si () No ()
19. Proteinuria: > 350 mg/24h < 350 mg/ 24h Semicuant ++ o más Semicuant +
18. Bajo peso al nacer Si () No ()
19. Embarazo gemelar Si () No ()
20. IMC >30 Si () No ()
21. Tipo de parto Vaginal ()
Cesárea ()

III. DATOS SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR (Obtenidos de la ficha de Tamizaje Incluida en la historia Clínica)

Sufrió Violencia antes del embarazo: ¿Si ----- No-----Cuanto tiempo antes? -----
Sufrió Violencia durante el embarazo: Si ----- No-----
Tipo de Violencia: Física ----- Psicológica ----- Sexual ----- Económica-----
Características del agresor: Pareja ----- Padres----- Otro-----
Tiempo de Violencia: -----

COMORBILIDAD MATERNA

Sangrado vaginal antes de las 20 semanas	Cefalea
Edema	Parto prematuro inducido
Hemorragia post parto	Histerectomía de emergencia
Muerte materna Shock	Transfusión Materna necesaria
Infección urinaria	DPP
Coagulopatía	Oligohidramnios
Ruptura prematura de Membranas	Corioamnionitis
Malformación Fetal Mayor	Insuficiencia Renal Materna
Edema Pulmonar Materno	Síndrome HELLP
Ruptura hepática	Accidente cerebro vascular
Infección de Herida Operatoria	Atonía Uterina
Ingresó a UCI Si--- No---	
**Condición al egreso: - Mejorada	
-Fallecida	

Anexo N° 02

PERU Ministerio de Salud Hospital Nacional "Dos de Mayo" "AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

EVALUACIÓN N°028-2019-CEIB-HNDM

"PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA Y ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA - PERU. 2016-2018"

Investigador Principal: ZOILA ROSA MORENO GARRIDO

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

1. El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación
2. El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos


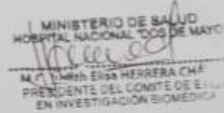
Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El investigador alcanzará al comité un informe al término del estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el **24 de abril del 2020**. Si aplica, el protocolo y reporte parcial deberán ser enviados al comité para reevaluación y renovación aproximadamente cuatro semanas antes de expirar la fecha de la presente aprobación.

Atentamente,

Lima, 25 de abril 2019


COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

JEHCH/JAYG/LNBC/eva
Cc. archivo

www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe
hdosdemayo@hotmail.com

Parque Historia de la Medicina
Peruana s/n, Cercado de Lima
Tel: 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570

Anexo N° 03


PERÚ **Ministerio de Salud** **Hospital Nacional Dos de Mayo** **"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"**

CARTA N° 540 - 2019 - DG - HNDM

Lima, 09 de Julio 2019

Mg.
ZOILA ROSA MORENO GARRIDO
Investigadora Principal
Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
REF. : EXP. N° 007382

De mi mayor consideración:


Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que de acuerdo al informe N°667-2019-OACDI-HNDM, según lo informado por el Área de Investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, y con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica este despacho **AUTORIZA Y APRUEBA** la realización del estudio de Investigación titulado:

"PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA Y ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERÚ. 2016-2018", en el cual usted es la investigadora principal.

Agradeceré a usted, en el proceso de ejecución, tener en cuenta los compromisos suscritos por usted en el formato N°2 que se adjunta a la presente.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Dr. HOGAR DEL MILITAR ALBERTO GRABATO
Directora General (a)
C.M.P. 13082 / R.S.E. 13151

CARTA N° -2019-OACDI-EI-070-HNDM
 C. C:
OACDI, Archivo
 RMKO/JRMD/JAG/eva